

**Николаев, Д.Л. Эмотивное нарушение мышления / Д.Л. Николаев
// Психотерапия. – 2013. – № 2 (122). – С. 98–100.**

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

Эмотивное нарушение мышления

НИКОЛАЕВ Д.Л., кандидат биологических наук

На заре зарождения научной психиатрии в эпоху выделения симптомокомплексов описательная психопатология уже накопила богатый (хотя и не исчерпывающий) материал симптомов. Они еще ждали будущих классификаций для дальнейшего выделения научно обоснованных нозологических форм [10]. Многочисленную группу нарушений, относящихся к сфере мышления пытались классифицировать начиная с 1845 года, однако единой общепринятой классификации не существует до настоящего времени [3]. Но, не зависимо от используемой классификации, к расстройствам мышления традиционно относят ускорение и замедление мышления, тугоподвижность, ментизм, разорванность, бессвязность, резонерство, патологическую обстоятельность, формализм, символизм, бредовые идеи и пр. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13]. Большинство авторов сюда же относят навязчивые и сверхценные идеи [1, 2, 4, 5, 6, 8], другие относят их к другим разделам психопатологии [7].

В руководствах по психопатологии отсутствует вариант нарушения мышления, наблюдаемый под влиянием сильной эмоции. А такое нарушение встречается достаточно часто. Так, Б.В.Зейгарник, описывая патологию мышления [9], упоминает "аффективно обусловленные ошибки мышления". Она пишет, что "под влиянием чувства суждения человека становятся ошибочными и неадекватно отражают действительность". Однако это описывается под заголовком "Нарушение регулирующей функции мышления в норме"! Невольно возникает вопрос: "Если нарушения – это норма, то что же изучает патология?" Специалисты, изучающие поведение человека в условиях стресса нередко отмечают изменение мышления. Л.А.Китаев-Смык подчеркивает, что во время стресса происходит "активизация или

гиперактивизация мышления", отмечает также, что "процессы мышления обретают экстатическую или дискомфортную окраску" [11].

Другие авторы констатируют нарушения мышления: нарушение логики, спутанное мышление, трудность принятия решений, частые сбои в вычислениях, снижение творческого потенциала [16]. В.Л.Марищук и В.И.Евдокимов описывают "эмоционально-ассоциативные нарушения при развитии состояния напряженности в условиях стресса". Они "характеризуются затруднением мыслительных операций (их замедлением или неадекватностью), вероятностью ошибочных решений, возможностью реверсивных действий (противоречащих здравому смыслу)" [14]. Упомянутые нарушения наблюдаются при таких стрессовых состояниях как важные спортивные соревнования, нестандартные ситуации в авиации, чрезвычайные происшествия, т.е. в примерах, в которых наличие стресса ни у кого не вызывает сомнений. Но если определять стресс в соответствии с мнением основоположника учения о стрессе Г.Селье, как неспецифическую реакцию адаптации организма на воздействие окружающей среды [15], то похожие нарушения мышления должны встречаться в жизни гораздо чаще.

Материал и методы

Работа создана в результате обобщения материала психотерапевтического приема неврологических пациентов в 8 и 19 поликлиниках г. Минска и Социально-психологического центра БГПУ им.М.Танка с 2001 по 2011 гг. Для регистрации нарушений использовались методы наблюдения и интервью, для коррекции — методы гештальт-терапии, телесно-ориентированной терапии и медитативной терапии.

Результаты и обсуждение

По мнению автора есть все основания для выделения в психопатологии такого варианта нарушения мышления как эмотивное нарушение мышления.

Эмотивное нарушение мышления – это нарушение логичности мышления под влиянием сильной эмоции. При этом мышление теряет способность быть регулятором адаптивного поведения в той сфере жизни, на которую распространяется данная эмоция. Иными словами, если, например, человек испытывает сильное чувство обиды по отношению к конкретному лицу, то нарушение мышления будет наблюдаться при коммуникациях между этими людьми в виде неразумных вербальных контактов или агрессивных поступков и т.д.; в отношениях с другими людьми модель поведения останется привычной для данного человека. Если же чувство обиды направлено на весь противоположный пол, то соответственно, нарушения мышления проявятся в гендерных отношениях. И, разумеется, если обида адресована всему миру, то весьма вероятно, что появившееся нарушение мышления приведет к суицидальным действиям.

Для иллюстрации приведем несколько клинических примеров.

Клиентка Л., 41 год, обратилась с жалобами на пониженное настроение, нарушение сна, снижение аппетита, потерю интереса к жизни, ощущение ненужности, суицидальные мысли, длящиеся около месяца. Однако поводом для обращения послужило другое: она просила вылечить свою единственную 17-летнюю дочь, поскольку последняя "заболела каким-то психическим заболеванием". Из анамнеза выяснилось, что Л. воспитывала ребенка вдвоем со своей мамой. Старалась (как могла и понимала) обеспечить для дочери достойное будущее, часто ущемляя себя материально, т.е. по ее словам, "жила ради ребенка". На последнем году обучения дочери в школе нанимала репетиторов для облегчения поступления ребенка в ВУЗ. Девочка поступила в ВУЗ, который сама выбрала, Л. оплатила учебу за 1 семестр. Но через 2 месяца события стали развиваться неожиданно для Л. Дочь попала в компанию, в которой проводила больше времени, чем дома (как выяснилось гораздо позже – она влюбилась). Учебу бросила, из ВУЗа была отчислена. Но

самым шокирующим для Л. было, когда девочка перестала регулярно приходить домой ночевать. Л. считала, что сделала все для дочери, ущемляя себя – та ответила черной неблагодарностью. У Л. сформировалось стойкое чувство обиды к дочери, ведь уговоры, увещевания угрозы не дали ничего. Тогда Л., всю жизнь жившая ради дочери, сказала ей: "Я для тебя умерла" и почти полностью перестала с ней общаться. После этого начались описанные выше симптомы и Л. обратилась за помощью (решив, что дочь душевно заболела). Когда Л. было объяснено, что отсутствие дочери ночью дома не является симптомом психического заболевания и предложено попытаться найти (с помощью терапевта или без) контакт с девочкой, оказалось, что Л. неспособна разумно обсуждать тему отношений с ребенком ("я все перепробовала, уже ничего не поможет... Неужели она не больна? Не может быть..."). Другие жизненные вопросы она обсуждала вполне адекватно, но как только речь касалась отношений с дочерью, разумная Л. как бы исчезала, а вместо нее появлялась Обида, от имени которой Л. и говорила. На предложение провести сеанс семейной терапии вместе с дочерью Л. согласилась, но, в конечном итоге, прием так и не состоялся.

В данном примере хорошо прослеживается не тотальное нарушение логики мышления, а лишь частичное, связанное с эмоциональным отношением к конкретному человеку (дочери). Следующий пример иллюстрирует как эмотивное нарушение мышления приводит к неадаптивному поведению.

Клиентка Э., 48-и лет, рассказала на приеме, что всегда стремилась к семейной жизни. Первый брак был неудачным, но выйдя замуж во второй раз, она обожала и боготворила мужа, обожает его и сейчас. Тем не менее, около 10 лет назад, узнав об измене супруга, Э., охваченная чувством ревности, делала все, чтобы разрушить свой брак. При этом по ее словам, она была не способна мыслить рационально, логика мышления была направлена на месть, а не на восстановление отношений, к которым она всегда стремилась ранее. Она следила за мужем, устраивала скандалы, уничтожала

его вещи, как вещи вымышленных любовниц, изменяла сама. В итоге муж сначала побил Э., а потом ушел жить к другой женщине. В течение нескольких лет, живя одна, Э. пыталась переосмыслить ситуацию, способность мыслить рационально восстановилась, т.к. чувство ревности было подавлено, а вместо чувства обиды появилось чувство одиночества. Совсем не этого хотела Э. для своей личной жизни. Обратившись к психотерапевту и пройдя 3-х месячный курс гештальт-терапии, Э. смогла пережить чувство ревности к мужу и спустя несколько лет восстановить с ним отношения.

Таким образом, эмотивное нарушение мышления полностью зависит от доминирующего чувства, а, значит, для коррекции мышления следует работать с чувством пациента. Как только доминирующее чувство удастся компенсировать чувством противоположного знака, нарушение мышления исчезает. В следующем примере это хорошо прослеживается.

Пациентка Т., 23-х лет, обратилась с жалобами на пониженное настроение, слезы, нарушения сна и аппетита, внутреннее напряжение, нежелание жить (хотя суицидальных попыток не было), ангедонию и неспособность переключить внимание на то, что когда-то ей доставляло удовольствие. Состояние длилось неделю, началось с момента, когда ее бросил парень, с которым ей хотелось серьезных отношений. Во время приема Т. испытывала чувства вины и обиды. Интервью с Т. позволило собрать анамнез, но обсудить ситуацию рационально с ней не удалось, она постоянно повторяла: "Что же мне делать, я его так люблю... Помогите...". Свое будущее она "не видела никак", внимание было приковано к несостоявшимся отношениям с молодым человеком. С помощью сеанса медитации пациентку удалось глубоко расслабить, чувства вины и обиды сменились чувством покоя. Дальнейшее развитие событий сразу после сеанса достойно художественного описания "чудесного" исцеления. На фоне чувства покоя вернулась способность к рациональному мышлению. Т. оценила свою ситуацию как не

очень приятную, но отнюдь не трагическую, сумела увидеть перспективу с очень высокими для нее шансами познакомиться с кем-нибудь другим и отметила нормализацию настроения.

Еще один случай. Клиентка В., 24-х лет, обратилась в период осознания неизбежности развода. Прожила с мужем и его родителями 2 года. Жаловалась на пониженное настроение, нарушение сна и аппетита, внутреннюю дрожь, апатию, ангедонию. На приеме испытывала чувство вины и сильное чувство обиды на мужа и свекровь ("он меня не понимает и понимать не хочет, не уважает, унижает" и т.д.). Поскольку на приеме было отмечено эмотивное нарушение мышления, то было принято решение работать с чувствами пациентки и ей было предложено прийти на прием с мужем для проведения сеанса семейной гештальт-терапии. Сеанс состоялся. Как можно было изначально предположить, у мужа тоже накопилось большое чувство обиды к В. После того как на сеансе чувства обиды были полностью выражены с обеих сторон, супруги сумели вновь ощутить подавленное чувство любви друг к другу. Вопрос развода автоматически снялся.

Подобных примеров можно привести множество. Да и каждый практикующий психотерапевт вероятно может вспомнить подобные случаи из собственного опыта. Многие известны в психиатрической практике, но не получили соответствующей дефиниции. Например, общеизвестно, что при депрессии наблюдается замедление мышления. Но также известно, что депрессивный пациент испытывает чувство вины, а его мышление направлено на негативные стороны жизни и не поддается рациональной коррекции. Это вполне соответствует понятию "эмотивное нарушение мышления". При маниакальных состояниях традиционно отмечается ускорение мышления. Но когда пациент совершает необдуманные покупки, заводит сомнительные знакомства, ведет себя развязно, с повышенной самооценкой, можно говорить об эмотивном нарушении мышления

приводящему к неадаптивному поведению. Очевидно похожие нарушения (но в меньшей степени) наблюдаются при циклотимии и дистимии.

Какое же практическое значение имеет выделение дополнительного варианта нарушения мышления (эмотивного), которое как бы и не является секретом для специалистов, а некоторые вообще оценивают его как вариант нормы [9]? Оказывается практическое значение - существенно. Если у клиента регистрируется эмотивное нарушение мышления, то сразу следует конкретный практический вывод: дальнейшая работа с ним в рациональном ключе теряет смысл. Пока не будет нейтрализовано доминирующее чувство, пациент не готов к логическому восприятию сообщаемой информации. Обычно считается наоборот: если у пациента нет острого психоза, нет нарушения сознания, то он считается адекватным, с ним можно обсуждать причины болезни, план лечения, возможные исходы и пр. Однако на деле, при эмотивном нарушении мышления, адекватно обсуждать можно только те сферы жизни, которые не затронуты доминирующей эмоцией. Т.е., как правило, те, с которыми не связаны предъявляемые жалобы. А самые актуальные вопросы воспримутся искаженно, останутся не понятыми, эффективность лечения окажется сомнительной. В такой ситуации возникает острая необходимость в психотерапевтических приемах работы с чувствами пациента для коррекции мышления. Разумеется, если психиатр предпочитает использовать медикаменты для той же цели, то это уже вопрос тактики, а не стратегии.

Все описанное имеет значение не только в психотерапевтической и психиатрической практике, но и в общесоматической. Если на прием к врачу-интернисту приходит пациент, охваченной сильной эмоцией (например, страхом онкологического заболевания), то врач не сможет его переубедить логически, пока чувство страха не будет пережито или нейтрализовано. А для этого потребуется либо интуитивный (т.е. любительский) поиск путей

нейтрализации чувства страха врачом-интернистом, либо (что более грамотно) помощь коллеги (психотерапевта, психиатра, психолога).

На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы.

Выводы

1. Одним из симптомов нарушения мышления является эмотивное нарушение мышления - нарушение логичности мышления под влиянием сильной эмоции, при этом мышление теряет способность быть регулятором адаптивного поведения.
2. При наличии у пациента эмотивного нарушения мышления работа с ним в рациональном ключе неэффективна.
3. Для коррекции эмотивного нарушения мышления необходима работа с чувствами пациента.

Список литературы

1. Барденштейн Л.М., Молодецких В.А., Курашов А.С., Щербакова И.В. Психопатология познавательной деятельности. Нарушения ощущений, восприятия, памяти, мышления, внимания. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 64 с.
2. Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В. Общая психопатология. М., 1971.-176 с.
3. Блейхер В.М. Расстройства мышления. Киев: Здоров'я, 1983.-192 с.
4. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. Пособие для врачей. Ростов н/Д.: Феникс, 2003.-416 с.
5. Гуревич М.О. Психиатрия. М.: Медгиз, 1949.-502с.

6. Дереча В.А. Общая психопатология: учебное пособие. Ростов н/Д.: Феникс, 2011.-187 с.
7. Жмуров В.А. Психопатология. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: НГМА, 2002.-668с.
8. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. М.: Медицина, 2000.-544 с.
9. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М.: Издательство Московского университета, 1962.-244 с.
- 10.Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: ЦТР МГП ВОС, 1994.-528 с.
- 11.Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука, 1983.-368 с.
- 12.Королева Е.Г., Станько Э.П., Шустер Э.В. Общая психопатология. Гродно: ГрГМУ, 2011.-96 с.
- 13.Корсаков С.С. Общая психопатология. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003.-480 с.
- 14.Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Сентябрь, 2001.-260 с.
- 15.Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.-М.: Медицина, 1960. 254 с.
16. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006.-256 с.